

その他

## コミュニティケアによる 国民医療費抑制効果の研究試論

Suppressing the Growth of National Health Expenditure by Extending the  
Activity of Community Organizations and the System of Community Care

折坂 義雄

Yoshio ORISAKA

### 抄 録

本研究レポートでは、筆者が今後3年間で取り組む研究課題のコンセプトを紹介する。国民医療費の抑制は先進国共通の政策課題である。これまでのわが国の中央集権的な保健医療政策は、財政的には効果を発揮した一方で、近年に至って国民の暮らしに深刻な危機をもたらし、同時に保健医療を担う医療人の将来にも暗い影を落としている。本研究では、これを克服して、生活の質の維持と財政的要請の両立を実現するための手法として、地域を中心とした医療・福祉ケアの可能性を探る。主要な研究対象として、国内外のコミュニティケア、コミュニティ、病診連携、地域医療、介護保険を取り上げ、研究方法として、関係者との直接的な交流、海外の事例研究も取り入れて、異なる分野間の融合連携による政策形成の実現可能性と有効性を検証する。

キーワード ■ 国民医療費 病診連携 コミュニティケア 介護保険 英国

## 1 研究の背景

### (1) 国民医療費抑制の重要性と混迷する保健医療政策

国民医療費の抑制は先進国に共通した課題である。図1にOECD諸国の医療費増加を示す<sup>1)</sup>。日本はむしろ増加率を効果的に抑制できていることが読み取れる。医療費の将来予測を示した平成7年の厚生省推計では平成22年度の医療費は68兆円になると試算されていたが結果的には44兆円に止まっている<sup>2)</sup>。当初の予測数値が当時の政策目標を合理化するために意図的に操作されたという見方もできるが、基本的には厚生労働官僚による医療制度コントロー

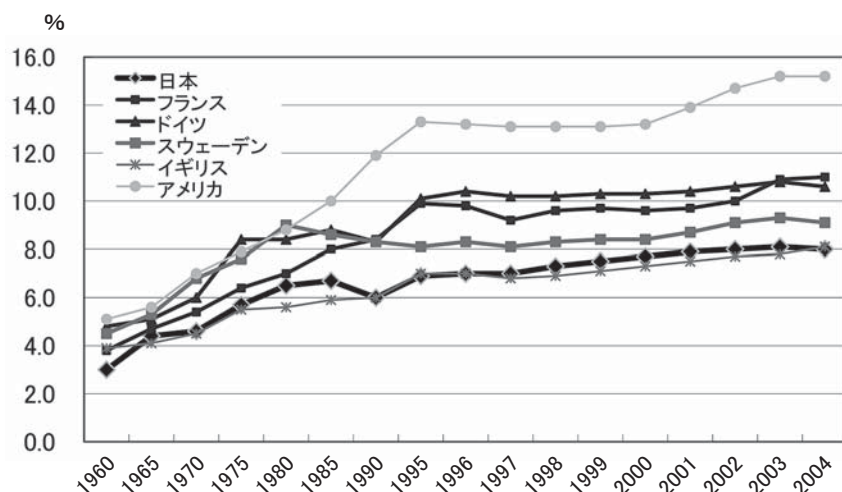


図1 OECD 主要国医療費の対国内総生産比推移

データ：OECD Health Data 2010

ルと、それらの厳しい抑制に対して医療機関が経営維持のために創意工夫をこらした成果である。しかし財政的な成果の見返りに医療現場や国民が受けた打撃も大きい。医師の過重労働、慢性的な看護師不足、救急受入体制の弱体化、地方中核病院の医師不足による閉鎖など、どれ一つ取っても容易に改善しがたい事態が進行し、「医療崩壊」とも言われる深刻な事態が続いている。すなわち日本の医療費増加率が相対的に低いのは、成功ではなく、「算盤合って銭足らず」的な保険医療政策の混迷であると評価できる。

しかし、仮に新政権の政治主導によって「コンクリートから人へ」の財源再編成が実現しても、財政全体の中で社会保障費に充てられる部分には限界がある。さらに社会保障費の財源として消費税増税が浮上しつつあるが、その場合も負担と給付の適正な水準をどこに置くかについて国民的な合意を作るには相当な時間を要するであろう。今日必要なことは、幻想に囚われることなく、医療費抑制に取り組むことである。

## (2) 混迷の原因 1 中央集権の限界

混迷の原因の一つは中央集権の限界が現れてきたことである。明治維新以降、戦後の高度経済成長に至るまで、目標が明確で価値観が安定していた時代には中央集権と官僚制は極めて効率的に機能してきた。しかし経済的に成熟期を迎え、外には国際化が進み、内には世界で最も急速な少子高齢化<sup>3)</sup>が進行する大変化の時代になって中央集権の限界が露呈してきた。

筆者は京都市や京都府へ出向してくる多くの中央官僚と交流する機会を得たが、その1人ひとりは最近の官僚批判とは逆に、国を支えるという高い使命感と豊富な知識、構想力を持つ優秀な人達であった。それにも関わらず、近年作られた新しい政策が実施段階で非難を浴びる結果となっている。近年、官僚が作ってきた政策はその基礎となる理念は諸外国の先進的な思想を取り入れて説得力があるが、実施段階で混乱を生じている。その実例は保育所、介護保険な

どいくつかあるが、一例を挙げれば、障害児者福祉の大改革として平成15年度から実施された支援費制度では「ノーマライゼーションの実現」を市民向けパンフレットの冒頭に掲げたが、実施後半年で予算が破綻することが明らかになり、急拵えの「障害者自立支援法」へ移行することになった。

この原因として官僚自身の政策力の低下や大きな制度変更のプロセスを管理するマネジメント力の低下などが挙げられるが<sup>(注)</sup>、最も重要な点は現場情報把握力の低下である。筆者が児童館・学童保育所を担当していた30年前、2月に厚生労働省との補助金協議に行くと、申請書類は横に置いて、当時京都市が進めていた「一元化児童館」の考え方や地元各種団体の協力、政治勢力の動向など熱心にお聞きになっていた。当時は国と地方が政策コミュニティとして情報収集を行っていたことが伺える。

情報収集力の低下のもう一つの側面として、政策が東京圏中心の現状認識に基づいて作られるということがある。現代の社会保障は全国画一の基準によって最低水準を保証する「ナショナルミニマム」から、地域の特性に応じて住民が自らの判断で負担と給付の水準を決める「シビルミニマム」へ移行するべき段階になっている。しかし現実の国の政策は相変わらず全国画一であり、しかもその認識の基礎は東京圏に偏っている。保育所入所を例に取れば、東京近辺で保育所に入るためには6年待ちといった厳しい実情があり、これに対処するために、施設基準や職員配置などの大幅な緩和が検討されている。しかし東京以外の地域では相当程度に高い入所率が確保されている。図2<sup>4)</sup>は大都市の保育所設置率(対象年齢児童数に対する保育所入所定員)の1975年から2008年までの推移である。上位グループと下位グループを比較すると、京都、大阪、名古屋の関西勢は高く、横浜、川崎の関東勢が低いことが歴然としている。東京圏の保育所不足は、過去から福祉が重視されなかった地域性の所産と言える。しかし、全国一

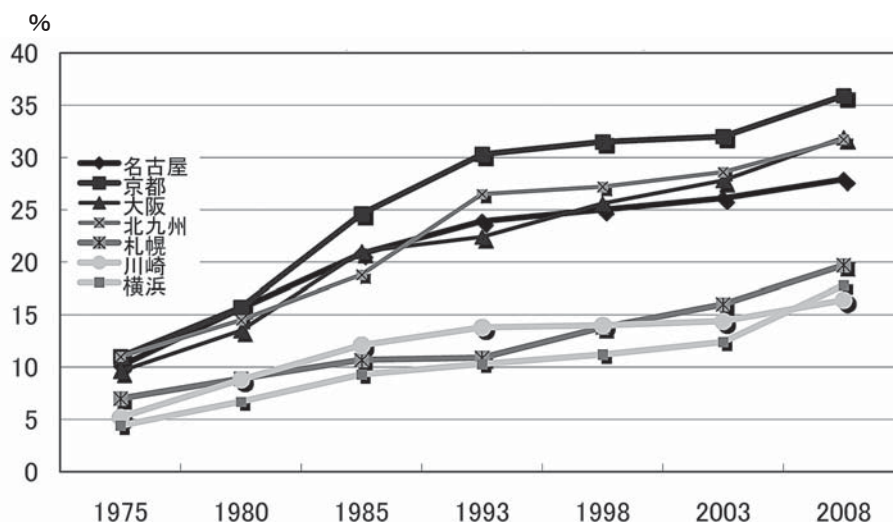


図2 大都市保育所設置率推移

出典：京都市民政局事業概要 昭和50、55、60年度、平成5、10年度  
京都市保健福祉局事業概要 平成15、20年度

律に規制緩和が実施されれば、財政難に苦しむ自治体はこれまで積み上げた成果を捨てて、コストと水準を低下させる危険性がある。

（注）

大きな制度変更に当たっては何度も担当課長会議、担当省会議を開いて国と実施機関である市町村との情報共有をおこなうのが通例であったが、介護保険の準備段階ではそれぞれの段階に必要な情報が国から示されず、自治体での準備が滞る事態がしばしば生じた。さらに障害者自立支援法の実施過程では、自治体が議会へ予算議案を提出する時点でなお国の基準単価が示されず、予測単価で議案を作成し、途中で差し替えるという前代未聞の事態にまで至った。このような進行管理は実施現場にとって、単にプロセスに止まらず政策内容についてまで不安を感じさせるものであった。

### （3）混迷の原因 2 日本の社会背景を無視した市場化原理の導入

第二の原因は社会保障基礎構造改革の基本線としてアメリカ型の市場原理主義に偏った方向を目指したことである。

1970年代後半以降、先進諸国は経済成長が低迷し、財政改革に取り組んだ。その方法は英国、大陸諸国、米国それぞれに大きく異なるが、概ね共通していることは、Economy, Efficiency, Effectiveness（3E）を尺度としてニューパブリックマネジメント（NPM）と言われる行政の改革を重視し、国民生活への影響は抑えようとしたことであった。日本の行政改革では官僚機構は堅持され（むしろ実質的には独立行政法人化のように「改革」が進むほど肥大化し）一方で社会保障は「聖域無き」という美名の呪縛の元に大きく後退した。

日本の医療制度は中央官僚による統制経済であった。この起源を辿れば戦前の健民健兵のための公衆衛生政策に始まり<sup>5)</sup>、戦後は高度経済成長を背景として、世界で最も公衆衛生水準が高い国になった。財源面での国民皆保険と給付面での診療報酬点数制度を基軸として、室料を除けば貧富の格差がない医療制度を維持してきた。しかし、社会保障の基礎構造改革と平行して、医療の面でも米国型の制度を導入する動きが台頭してきた。「医療費適正化に関する施策についての基本的な方針 2001」で初めて提示された、「混合診療」（保険診療と自由診療との併用を認める）はその典型であり、また、後期高齢者医療制度で導入された、終末期患者から延命治療を臨まないという文書を徴すれば診療報酬として算定される「後期高齢者終末期医療相談支援費」は日本では「人権侵害」と非難されたが、米国では救急医療でさえ、医療保険会社との契約で心肺停止時に蘇生術を行うか否かを決めておくことが普通に行われている

米国はクリントン以来の民主党大統領の悲願にも関わらず、未だに低所得者に対する公営医療保険制度が実現できず、人口の約1割に当たる約4,700万人が無保険の状態であると言われている。建国以来の歴史に根ざした米国人の価値観がそれを支えているものであれば、他国の基準で評価するのは不適當であろう。しかし、個人の生活全般に対して国や自治体の関与を重



視する日本人の土壤に移植すれば不適合による医療の死を招きかねない。

#### (4) コミュニティのパワーと重要性の再発見

このような中央集権の限界を克服する仕組みの一つとして期待が高まっているのがコミュニティの活動である。コミュニティの力が再認識されたきっかけは1995年の阪神淡路大震災であった。被災者の98%が消防や警察といったプロでなく、近隣の人々によって救助されたことが注目され、その後の防災は「自助・共助・公助」というキーワードによって進められた。さらにこのキーワードは福祉の分野に転用された。1997年の中央社会福祉審議会社会福祉基礎構造改革分科会を出発点として進められた社会福祉基礎構造改革は2000年の社会福祉事業法の抜本改正で一つの到達点を迎えたが、その3つの理念の内の一つとして、「地域での生活を総合的に支援するための地域福祉の充実」が掲げられ<sup>6)</sup>、改正後の「社会福祉法」には、「社会福祉協議会の法人化」と「地域福祉計画」が盛り込まれた。この政策を進めるスローガンとして「自助・共助・公助」が国、自治体において広く援用されるに至った。

#### テーマコミュニティ（目的コミュニティ）の活躍

1997年12月に京都で開催された国連気候変動枠組み条約第3回締約国会議（COP3）は日本のNPO活動の歴史上大きな実績を残した。それまでの同会議では世界の環境NPOが大規模なロビー活動と広報活動を展開し、条約内容へも影響力を行使するなど重要な役割を果たしてきた。開催国のNPOは世界から集まるNPOの活動基盤を整え、同時に開催国政府が条約の充実に貢献できるようサポートするという重要な役割を果たしてきた。日本開催が決定された後、全国の環境運動団体が結集して「気候フォーラム」という統一組織を結成し、地元自治体との強力なパートナーシップの下に先催国のNPOと遜色のない活動成果を納め、環境省や各国政府から高く評価された。集まった団体の多くがそれまで公害訴訟などで自治体と対立していたことを考えればこのような建設的な協力関係ができたことは奇跡的であり、NPOに対する政府、自治体の認識を大きく転換させ、様々な分野でNPOが政府、自治体の政策検討の場へ参加する機会が増加した。

#### (5) 医療費抑制の道筋とコミュニティ活動への期待

##### 医療コスト削減への正道「介護保険」の失速

介護保険創設検討の段階で、新制度の目的の一つとして「社会的入院の解消」が掲げられていた。これによって削減できる経費は約500億円（1995年度）と試算され、有効な手法として期待された。ヨーロッパの医療機関に比べて入院期間が長く、高齢者の医療費が高い原因として、退院後の受け皿である「療養施設」（ナースিংホーム）が日本では不足していると言われており、療養段階の受け皿となる介護制度の充実は正常進化であった。しかし基礎構造改

革が掲げた理念を全面的に適用して構築されたはずの介護保険制度は、実行段階で現実との乖離を露呈することになった。すなわち、開始直後から国の見込みを大幅に上回る利用が発生し、利用抑制のための制度変更を頻繁に行うことになった。その結果医療施設から療養施設へ円滑なシフトをするという効果も限られたものになり、代わって療養病床の縮小という、より直接的な手法がとられることになり、対象高齢者の行き場をさらに狭めることになった。

### 医療機関の機能分担と病診連携

日本の医療制度は医師個人の応諾義務が法定化されているのみならず、自由に医療施設を選べる「フリーアクセス」が特徴である。これは高度医療機器のような物理的な医療資源の面から、専門医や専門看護師のような人的医療資源の面から見ても非効率である。これを改善するため、「地域医療支援病院」、「特定機能病院」といった新しい枠組みによって徐々に機能分化が計られている。また、2006年の診療報酬改定で導入された「在宅療養支援診療所」は結果的には地域のプライマリーケアに貢献している。このような動きの中で病診連携は着実に拡大し定着してきている。病診連携の内容は受け手の病院の性格、管理者の考え方によって異なるが、かかりつけ医との連携によって受け手の病院は単に病歴だけでなく、生活背景まで把握することが可能になり、まさに地域医療の理念が実現される可能性も含んでいる。また、患者にとっても顔見知りのかかりつけ医が病院の医師と協力して病院の施設で治療に当たることで大きな安心感を得ることができる。

### 病診連携と介護の融合によるコミュニティケアの必然性

さらに、生活基盤を踏まえた地域医療という領域に踏み込めば必然的に介護や福祉との融合が視野に入ってくる。中央集権的な供給者視点では省庁縦割りという壁が立ちはだかるが、地域住民からの利用者視点に立てば、現在の制度の下でも融合の可能性が見えてくる。コミュニティに存在する医療、介護、福祉の施設を中心としつつ、コミュニティ活動と融合することで高齢者、障害者をはじめ、生活上の困難のある人々を支える仕組みがコミュニティケアである。

## 2 研究の目的

### (1) コミュニティケアが医療費抑制に有効であることを論証する

国民医療費を抑制するために様々なアプローチが試みられている。予防医療の観点からは介護保険での予防給付、地域医療計画に基づく特定検診があり、医療評価の観点からはEBM (Evidence-Based Medicine)、プライマリーケアと高度・専門医療の機能分担の観点からは、病診連携や初診時特定療養費、支払方式の観点からは包括支払制度（DPC）や後期高齢者医

療診療料などが挙げられる。コミュニティケアによる抑制効果は限定的であると想定されるが、生活の質を維持するというメリットがある。この研究が目指す到達点は、数あるアプローチの一つとして、コミュニティケアが有効であるという「可能性」を検証することにある。本研究では可能性を検討するための一側面である、社会基盤や国民意識の成熟度といった社会的側面から考察する。この結果として一定の可能性が明らかにされることで、次の段階として、より蓋然性の高い結論に向けて、国家財政、国民経済などマクロな視点からの計量的な分析を含む実務的研究に取り組むきっかけになることを期待するものである。社会的側面として取り上げる中心課題はコミュニティケアであり、その主要な構成要素としてコミュニティ、病診連携、介護保険のそれぞれについて現状と可能性を検討する。

## (2) 可能にするための条件を提示する

本研究では諸制度や地域社会など現存する社会状況を研究の出発点とする。研究の階梯として、前提条件となるコミュニティケアを構成する諸要素の現実を、多様性と問題状況の面から可能な限り正確に捉えることが最も重要である。とりわけコミュニティの可能性については、希望的予断が紛れ込まないよう細心の注意が必要である。次に、実効性を高めるために、各要素においてどのような条件を作る必要があるかを検討し、さらにその条件が成立する可能性を検証するという作業を積み上げることになる。

## 3 研究の方法

本研究は3つのフェーズで進める。第1はコミュニティケアそのものに関する研究である。第2はコミュニティケアの中心的要素としてのコミュニティ活動、地域医療連携、介護保険の研究である。第3でこれらの成果を総合して有効なコミュニティケアを構築するための条件を考察する。これらの各フェーズは同時並行的に進行し各フェーズのテーマと循環を繰り返しながらスパイラルアップ的に進行する。

### (1) コミュニティケアに関する研究

#### コミュニティケア概念の整理

コミュニティケア自体に関する研究の中心課題は、医療・介護のサービス供給システムとして実効性を得られるかという点である。また、その前提として「ケアの範囲」をどのように設定するかという課題がある。このため、コミュニティケアの概念を整理するベースとして、英国をはじめとする外国の制度を参照する。英国を取り上げる理由の第1はその先行性である。1950年代から精神病患者や精神障害者を対象に政府がコミュニティケアに取組始め、1990年に至って「国民保健サービスおよびコミュニティケア法」(National Health Service and

Community Care Act 1990) に結実してさらにその後もコミュニティケア改革を進めている<sup>7)</sup>。理由の第二は医療制度における日英両国の共通性である。税方式による国営と保険方式との違いはあるが、一人も漏らさずサービスの対象にするという根本は共通である<sup>8)</sup>。理由の第三は改革性である。英国はリスクを厭わず大胆な改革を実行し、その結果の過ちを改めながら新たな改革を進めている。この点は急激な変化を避け漸進的に進めようとする日本と対照的である。英国以外の国として、知的障害者に対する充実した施設サービスを一旦達成しながら「ノーマライゼーション」の理念によって、地域化へ方向転換したスウェーデンの制度も参考にすべきである。また、フランスの制度も検討の対象に加える必要があるのではないかと考えている。その理由はフランスの社会保障の特徴は大陸系の一つの類型として、国家による社会政策的な関与が大きいことである<sup>9)</sup>。この点は制度の充実度の違いはあっても、家父長的関与が高い日本と共通点があり、英国とは逆な意味で示唆が得られると期待できる。

「ケアの範囲」については、従来の福祉は供給する行政側も要求する運動側も、行政の「制度という枠」を目安に議論を進めてきた。コミュニティケアはその順番を逆転し、個々の生活ニーズを満たすということを出発点として、その後に、誰がそれを担うか、財源はどこまで確保出来るか、制約の中で優先順位をどのように付けるかなど現実解への道筋を付けていくものである。

## (2) コミュニティケアを構成する諸要素に関する研究

### コミュニティ活動に関する研究

コミュニティ活動に関する研究の中心課題は、多様性の中でその実効性を分析することにある。これまで地域再生などコミュニティ活動の研究事例が蓄積されてきた。コミュニティ活動の黎明期を過ぎて、一つの社会基盤として位置づけられようとしている現時点に至っては、その弱点についても焦点を当てなければ、それが実際的な効用を発揮できるか判定できない。コミュニティ組織の実態は極めて多様であり、いたずらに美化することなくリスクや困難点を明瞭にすることが、現実性の高い研究成果を得る上で肝要な部分である。何よりも危惧されることは効用が検証されないままに政策立案者によって一定の役割を果たせるものと断定され、本来は公的セクターが担わなければならない分野を担えるものとして位置づけられ、結果的にはその実力が伴わないために必要なサービスに空白が生じることである。

コミュニティ活動の実効性を分析する方法として、具体的なコミュニティ活動を把握し、分野別にその特徴と問題状況を抽出する。次にコミュニティケアの様々な活動主体相互間の役割分担を検討する上で、コミュニティ活動の特長が最も発揮できる分野を明らかにすると共に、より身近なニーズへコミュニティケアの裾野を拡げる可能性を探る。さらに、現時点での可能性と今後、可能性を拡大するための条件と限界を考察する。現時点で直接取材を予定している対象分野は福祉、防災、景観、まちづくり、環境である。



### 地域医療連携（病診連携）に関する研究

本研究では、「病診連携」の実例調査を進める過程でコミュニティケアの構成要素として以下の各項目を研究する。

- ①病診連携の制度形成経過：国の制度として始まる以前にどのような取組があったか、情報をまとめる。
- ②病診連携が国民医療費と高齢者のQOLに資する可能性：あくまで理論上の想定として、国民医療費と高齢者のQOLとを両立させるために有効であるという可能性を考察する。
- ③病診連携の実例調査：病院の設置主体の形態や規模を基準にした区分によって対象を選定し、主に面接調査によって実例を調査する。なお、調査の展開から、2年目以降さらに対象を拡大し、アンケート等の方法によって調査することを視野に入れる。
- ④病診連携の可能性と課題：調査結果を元に現在の医療制度の下での可能性と課題を考察する。

### 介護保険に関する研究

介護保険制度は発足5年後の制度見直しが法律によって定められていたが、国の想定を遙かに超える利用拡大に財政的に対応するため、5年を待たず、しばしば制度を変更した。2005年度の大改革後も小刻みな見直しが継続されている。これらの見直しの結果、発足前に国民に示された理念がどのように変化していったか検証し、まだ実現されていない理念をコミュニティケアによって実現する方策を探る。

その中心課題は介護の市場経済化の在り方である。社会保障基礎構造改革のバックボーンであった市場経済化が現実にはどのような状態になっているか、その成果と難点を検証する。市場経済化は先進国における行政改革の基調となっており、その原則自体を否定するべきではない。社会福祉基礎構造改革では財政削減自体を目的化したため、政府組織やマネジメントシステムは変わらず、国の財政支出を抑制するための国民負担の増大が先行した。これを典型的に表したのが「骨太の改革 2006」で示された「社会保障費を毎年 2,200 億円抑制する」という閣議決定である。政治が達成すべき価値と手段としての財政とが逆転するという根本的な誤りのために、市場経済化はわが国では不当に低く評価されているが、行政改革の一手法として、効果的な市場経済化のあり方が適切に追求されるべきである。この視点からコミュニティケアの一部門としての介護の市場化の経緯と現状を検証する。

### 地域福祉計画の実現状況と課題

社会福祉法に定められた「地域福祉計画」を策定している市町村は平成 21 年度末で 48.5%と低調である<sup>10)</sup>。本研究の中では地域福祉計画と英国のコミュニティ計画を対比する予定であ

るが、日本の計画の特徴は、国が細部に至るまで枠組みを作成し、それを都道府県、市町村、市町村社会福祉協議会へ下ろしていくというピラミッド型の階層構造になっていることである。全国画一の型枠と住民自治を起源とするべき地域福祉がなじみが悪いのは当然であろう。ここでは国が示した「地域福祉計画」の検証、国とは全く異なる理念から策定された「京都市地域福祉計画」の現時点での実現状況、そして、地域福祉計画の主役とも言うべき位置にある社会福祉協議会の地域福祉計画の3つの視点から実情と今後の発展の可能性を探る。

#### 4 研究の基本的なスタンス

最後にこの一連の研究を進める上での基本的なスタンスを述べる。

その第1はインターディシプリナリー（多領域の統合）である。学術研究の正道は専門分野を特定し可能な限り専門化することであろう。医療政策、介護、コミュニティは社会科学というカテゴリーは同じだが、対象も特性も、そして研究方法も全く異なる。本研究ではこれらの共通の接点として、目的としての「医療費抑制」と手段としての「コミュニティケア」を設定した。しかしその根底に流れるプリンスiplは「市民自治」である。すばらしい制度も、市民一人一人の「主体性」＝自律的な判断力と行動がなければ成果は得られず崩壊する。かつて先進自治体から始まり国制度になった老人医療無料化制度は、一部の利用者の無自覚な利用によって為政者とマスコミに攻撃する口実を与えた。このプリンスiplを結び目として異なる領域をどのようにコラボレートできるかが本研究の目標である。現実の研究はそれぞれの項目ごとに適切に細分化して進めることになる。その手法もそれぞれ異なり、その成果物である論文もそれぞれの項目毎に逐次まとめていく予定である。

第2はインターナショナル（外国事例）である。コミュニティケアの研究にあたっては英国、欧州の事例を参照する。その理由と研究対象とする範囲は「コミュニティケア概念の整理」に述べたとおりである。ただし、諸外国の事例研究の目的は、それを日本へ移植することではない。日本の国民性と社会制度の基盤に定着しやすい日本独自の「コミュニティケアの姿」を探求することが目的である。

第3はインタラクティブ（双方向＝対面調査）である。コミュニティの研究に関しては、多くの書籍や論文にまとめられており、これらの成果を分析することが基本である。一方で文書や数値だけでは読み取れないものも先人のフィールドワークの中に存在したであろうと推察される。このため筆者自身もそれに倣い、コミュニティや医療機関など多くの人々と直接交流することを重要な研究手法として実行したいと考えている。

## 5 まとめ：コミュニティケアを支える社会原理「融合化社会」の到来

コミュニティケアは多様なセクターがこれまでになかった協働関係を構築することで成立する。このような社会関係を「融合化社会」と仮に名付ける。世界でボーダレス化が進んでいると言われている。しかしコミュニティケアの基盤となるべき融合化社会を実現するためには、自然な変化を待つだけでなく、目的、規範的な水路付け（canalization）が必要である。

融合化社会での協働関係を築くためには以下の2点が必要である。

第1点は利用者起点である。制度から出発して、あるいは制度を前提に協働関係を作るのではなく、あくまで利用者の個別のニーズを満たすために何が必要かという立場から関係を構築するという意識である。現実の活動は医療、介護、福祉など様々な制度を使うことになるが、制度による制約が目的達成を妨げる場合に、そこで立ち止まることなく、常に「①対象者のために何が必要か②現時点でどのようにすればどこまで満たすことができるか③限界を乗り越えるために制度の何を変える必要があるか④どのようにすれば変えることができるか」など、コミュニティケアに関わるメンバーが前向きに挑む姿勢を持ち続けることである。

第2点は「個」の確立である。「融合」は画一化や没個性化ではない。むしろ外からの枠が薄れる分だけ、構成員一人ひとりの特性は一層明瞭になる必要がある。

先ず、サービスを受ける側は「他人が受けているから自分も受ける」のではなく、「限られた資源の中で自分にとって何が切実に必要か」と考える必要がある。日本で「福祉権民論」が亡霊のごとく現れる現状を克服するためには共同体の構成員としての市民意識を確立することが基礎的な条件になる。

次に、支える側の「個」の確立として必要なことは、それぞれの職種が専門職としてのスキルと地位を確立することである。介護サービスをコーディネート機能からサービス提供機能まで民営化するための専門的な人材育成として、社会福祉士と介護福祉士の資格が介護保険に先立って1987年に創設された。しかしその処遇は一般の勤労者より低く、専門職にはほど遠いものになっている。医療専門職の独自の処置権限につながるものとして、看護師については米国で深刻な医師不足への対策として作られた上級看護師（Doctor of Nursing Practice: DNP 旧 Advanced Nursing Practice: ANP）があり、日本でも日本学術会議や日本看護系学会協議会が看護の役割拡大や裁量権に関して検討し、提言している。同様に理学療法士、作業療法士についても役割や裁量権の拡大について検討が可能ではないだろうか。両専門職は治療と介護の接点にあり、保健、医療、福祉、介護の連携による「切れ目のないケア」を提供する上で固有の役割が期待される。コミュニティケアの地域資源として、独立性を高める効果が期待される。

以上のような時代の流れにあって、教育、福祉、保健医療の人材を総合的な人文・社会科学

の学部を有する環境の中で、仏教精神という建学の精神を基盤として育成する本学の存在意義が一層重要になっていくことは明らかである。今回機会を頂き、研究の概要を記したが、今後、それぞれの研究を地道に深める過程でさらに精度を高め、いささかでも世間のお役に立つ成果が得られれば望外の幸せである。

〔注〕

- 1) OECD Health Data 2010 - Frequently Requested Data より [Download this Excel file](http://www.oecd.org/document/16/0,3746,en_2649_37407_2085200_1_1_1_37407,00.html) ,  
[http://www.oecd.org/document/16/0,3746,en\\_2649\\_37407\\_2085200\\_1\\_1\\_1\\_37407,00.html](http://www.oecd.org/document/16/0,3746,en_2649_37407_2085200_1_1_1_37407,00.html)
- 2) 平成 7 年版, 厚生白書, pp.356.
- 3) 総務省統計局ホームページ, 主要国の 65 歳以上人口割合別の到達年次とその倍化年数,  
<http://www.ipss.go.jp/syoushika/tohkei/Data/Popular2005/02-19.xls>
- 4) 京都市民生局, 京都市民生局事業概要昭和 50 年度, 55 年度, 60 年度, 平成 5 年度, 平成 10 年度.  
京都市保健福祉局, 京都市保健福祉局事業概要平成 15 年度, 20 年度.
- 5) 2009 年国民衛生の動向: 厚生統計協会, 東京, 2009, PP16.
- 6) 厚生省社会. 援護局企画課監修: 社会福祉基礎構造改革の実現に向けて, 中央法規出版, 東京, 1998, pp.9-20.
- 7) バーバラ・メレディス著杉岡直人他訳: コミュニティケアハンドブック, ミネルヴァ書房, 東京, 1999, pp.27-40.
- 8) 竹内和久、竹之下泰志: 公平, 無料・国営を貫く英国の医療改革, 集英社, 東京, 2009, pp27-29.  
ジョーン・クラーク, デイビス・ボスウェル (著) 大山博他 (訳), イギリス社会政策論の新潮流, 法律文化社, 東京, 1995, pp.175-205.
- 9) 広井良典: コミュニティを問い直す, 筑摩書房, 東京, 2009, pp.120-122.
- 10) 厚生労働省ホームページ, 平成 22 年 7 月 31 日現在地域福祉計画策定状況等について [http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/syakai/c-fukushi/jyoukyou\\_h2207.html](http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/syakai/c-fukushi/jyoukyou_h2207.html)

(おりさか よしお 作業療法学科)

2010 年 9 月 30 日受理